

Rozdział II.10

Wpływ rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej na jej dostępność dla osób starszych

Katarzyna Szczerbińska, Krystyna Czarniecka

II.10.1. Powstawanie i dynamika rozwoju zakładów opieki długoterminowej w latach 1990–2005

Transformacja demograficzna skutkująca przyspieszonym starzeniem się społeczeństwa stworzyła nową sytuację epidemiologiczną w związku ze stałym zwiększaniem się liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Na początku lat dziewięćdziesiątych wykazano rosnące potrzeby w zakresie świadczeń opiekuńczych i związaną z tym konieczność tworzenia nowych miejsc w placówkach realizujących świadczenia o charakterze opieki przewlekłej.

Według danych statystycznych w Polsce do połowy lat dziewięćdziesiątych nie było zakładów opieki długoterminowej, takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Wprawdzie w statystykach wykazywano łóżka i szpitale opieki długoterminowej, ale wliczano w to szpitale dla przewlekle chorych, rehabilitacyjne, przeciwgruźlicze, odwykowe, reumatologiczne i inne (tabela II.10.1) [Murkowski, Koronkiewicz, 1997, s. 27]. Liczba tak zdefiniowanych łóżek opieki długoterminowej w grudniu 1996 wynosiła (wliczając łóżka reumatologiczne) 27 605, czyli 7,1 łóżka na 10 tys. ludności. Dla porównania, w Niemczech w tym czasie wskaźnik ten wynosił 51 dla opieki długoterminowej szpitalnej i 34 dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych [MZiS, 1998].

W miarę rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej zmieniło się rozumienie tego pojęcia i dzisiaj, mówiąc o niej, coraz częściej myślimy o ZOL, ZPO i hospicjach oraz oddziałach dla chorych na chorobę Alzheimera. W dalszej części rozdziału skoncentrujemy się na tych właśnie zakładach, pomijając szpitalne oddziały chorób płuc, przewlekłych chorób zakaźnych itp., które ze względu na małe ich wykorzystanie często podlegały restrukturyzacji i redukcji.

Tabela II.10.1

Stacjonarna opieka długoterminowa w Polsce (stan na 31 XII 1996 roku)

Region	Szpitala dla przewlekłych chorych	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	Szpitala rehabilitacyjne	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	Szpitala przeciwgruźlicze	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	Szpitala opieki długoterminowej łącznie	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców
warszawski	4	0,8	1	1,9	4	1,8	9	4,5
bialostocki	3	2,3	0	1,5	1	0,8	4	4,6
bydgoski	1	0,8	0	0,6	1	1,9	2	3,3
gdański	2	1,6	3	2,2	3	2,0	8	5,8
katowicki	10	1,1	8	2,9	6	2,4	22	6,4
krakowski	2	1,3	6	2,2	4	1,9	12	5,4
lubelski	3	1,8	0	1,0	0	1,3	3	4,1
łódzki	1	0,5	1	1,8	1	2,5	3	4,8
poznański	2	0,9	4	2,7	4	1,6	11	5,2
szczeciński	1	1,1	1	2,8	3	2,2	5	6,1
wrocławski	5	1,3	3	2,0	6	2,8	14	6,1
Polska	34	1,2	27	2,0	33	1,9	95	5,1

Źródło: MZiOS, 1998, s. 41

W Polsce na początku lat dziewięćdziesiątych powszechnym zjawiskiem stało się przedłużanie hospitalizacji osób starszych lub przyjmowanie ich do szpitala z powodów socjalnych. Osoby wymagające opieki długoterminowej zwykle przez wiele miesięcy pozostawały w szpitalach, zajmując łóżka przeznaczone do leczenia stanów ostrych. U podłoża takiej sytuacji leżała niewydolność opieki środowiskowej i długi czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej. Nie bez znaczenia był również bardzo niski standard placówek opiekuńczych, który przyczyniał się do dość powszechnej negatywnej oceny społecznej tych instytucji. Należy podkreślić, że do wczesnych lat dziewięćdziesiątych zdecydowana większość osób wymagających stacjonarnej opieki długoterminowej przebywała w domach pomocy społecznej, nie mając alternatywy.

Przyrost populacji osób starszych, będący wynikiem starzenia się społeczeństwa, oraz zwiększanie się potrzeb zdrowotnych i związanych z tym kosztów leczenia wymusiły racjonalizację działań w sektorze opieki zdrowotnej. Postanowiono wypełnić w systemie lukę między opieką szpitalną i opieką realizowaną w domu pacjenta przez utworzenie zakładów opieki długoterminowej. Zasadniczym zadaniem tych placówek miało być przejmowanie ze szpitali pacjentów wymagających długotrwałej pielęgnacji, rehabilitacji i leczenia. W roku 1992 w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia opracowano koncepcję restrukturyzacji szpitali, której celem stało się bardziej efektywne niż dotychczas wykorzystanie bazy szpitalnej i racjonalizacja wydatków na

ochronę zdrowia. Ustalono, że restrukturyzacja powinna zmierzać do dostosowania istniejących zasobów leczenia stacjonarnego do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa w zakresie opieki intensywnej i przewlekłej. Zaproponowano zmiany w istniejącej strukturze i podział szpitali na:

- szpitale z łózkami „ostrymi” do leczenia stanów ostrych,
- szpitale i oddziały dzienne,
- szpitale opieki długoterminowej,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- hospicja i oddziały szpitalnej opieki paliatywnej [Murkowski, Koronkiewicz, Cieślukowski, 2000].

Przygotowano propozycję struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania zakładów: opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego [Murkowski, Koronkiewicz, Chlipalski, 1993c], szpitala opieki długoterminowej [Murkowski, Koronkiewicz, Chlipalski, 1993b] i hospicjum [Murkowski, Koronkiewicz, Chlipalski, 1993a]. W ramach tych działań z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia opracowano i przyjęto trzy ministerialne programy:

1. W roku 1994 powstał „Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce”, który zakładał, że docelowo należy osiągnąć wskaźnik 1 łóżka opieki paliatywnej na 20 tys. populacji ogólnej. Zakładano, że standard ten zostanie zrealizowany w 50% w roku 2000 (w 1994 osiągnano zaledwie 15% owej normy) [Murkowski, Koronkiewicz, Cieślukowski, 2000; MZiOS, 1994].

2. W roku 1998 zostały przyjęte „Cele operacyjne restrukturyzacji szpitali”, w których zakładano, że do roku 2002 zostanie osiągnięty standard 12 łóżek opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców, a do roku 2005 – 14 przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby łóżek opieki krótkoterminowej z 40 do 35 na 10 tys. mieszkańców [Murkowski, Koronkiewicz, Cieślukowski, 2000]. Te zmiany miały docelowo doprowadzić do utworzenia bazy 46 tys. łóżek opieki długoterminowej w skali kraju.

3. W roku 1999 opracowano „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej, jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia”.

W wyniku realizacji tych programów pod koniec lat dziewięćdziesiątych latwinowo zaczęły powstawać nowe zakłady opieki długoterminowej. Złuszcz program z roku 1999 przyniósł zdecydowane zmiany w strukturze systemu ochrony zdrowia. Jedną z najważniejszych części tego programu była restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub ich jednostek organizacyjnych, polegająca na tworzeniu łóżek opieki długoterminowej (w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i opieki paliatywno-hospicyjnej), w miejsce likwidowanych tzw. łóżek ostrych. Zasadniczym celem tego programu było: po pierwsze – zwiększenie dostępu społeczeństwa do tej formy opieki, po drugie – racjonalizacja kosztów opieki zdrowotnej, po trzecie – utrzymanie miejsc pracy w sektorze opieki zdrowotnej, a po czwarte – zachowanie w systemie opieki zdrowotnej wykwalifikowanej kadry.

W pierwszym etapie programu zaplanowano powstanie 50 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz 20 zakładów opieki pa-

liatywno-hospicyjnej. Przeznaczono na ten cel około 30 mln zł. Programem restrukturyzacji bazy szpitalnej objęto przede wszystkim oddziały, na których stwierdzono niskie wykorzystanie łóżek (na poziomie 30–50%). Najczęściej dotyczyło to oddziałów pediatrycznych, ginekologicznych, położniczych i chorób zakaźnych (tj. chorób płuc i gruźlicy, przewlekłych chorób wątroby) [Fundacja Zdrowia Publicznego, 2000]. Takie podejście wydawało się rozwiązaniem najbardziej racjonalnym.

Zakwalifikowanie placówek opieki długoterminowej do grupy zakładów opieki zdrowotnej, umożliwiło zastosowanie odpowiednich regulacji prawnych (ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz aktów wykonawczych do tych ustaw), dzięki którym placówki te jako zakłady mogą pozyskiwać środki zarówno z kas chorych (obecnie NFZ), jak też z opłat pacjentów (pokrywających koszty wyżywienia i zakwaterowania) oraz z innych źródeł. Sposób finansowania różni się w przypadku szpitalnych oddziałów dla przewlekle chorych. Działalność tych placówek jest w całości opłacana ze środków uzyskiwanych na mocy kontraktu z NFZ.

W tych regionach Polski, w których dostęp do opieki długoterminowej był ograniczony, a władze lokalne chciały zmienić tę sytuację, zakład opieki zdrowotnej mógł zgłosić wniosek o dofinansowanie częściowego lub całkowitego przekształcenia w zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, opiekuńczo-leczniczy lub paliatywno-hospicyjny. Należało spełnić następujące warunki:

- przygotować program przekształceń,
- pozyskać zgodę organu założycielskiego (samorządu terytorialnego),
- uzyskać pisemne potwierdzenie zainteresowania regionalnej kasy chorych zakupem usług świadczonych przez powstający zakład,
- umieścić w planie rozwiniecie opieki domowej.

Zakwalifikowanie wniosku do programu skutkowało otrzymaniem przez zakład pomocy w trzech etapach:

- Etap I obejmował adaptację pomieszczeń (kwota maksymalna: 150 tys. PLN) i był zrealizowany w roku 1999.

- Etap II polegał na wyposażeniu w niezbędny sprzęt zakupiony za środki z pożyczki Banku Światowego; w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych – wysokości 250 tys. PLN, zakładów opieki paliatywno-hospicyjnej – 350 tys. PLN. Etap ten został zrealizowany w latach 2000–2001.

- Etap III polegał na szkoleniach personelu powstających zakładów w celu dostosowania ich umiejętności do potrzeb aktualnego zatrudnienia. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek pracujących w tworzonych zakładach opieki długo-

¹ Dokładnie: Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 1992 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U., 1992, Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego powyższe z 19 listopada 1999 roku (Dz.U., 1999, Nr 94, poz. 1098).

terminowej objął 500 osób, a kolejnych 200 – w zakładach opieki paliatywno-hospicyjnej. Etap ten zrealizowano w roku 2001 [Kądalska, 2001a].

Sygnał pochodzący od ministra zdrowia o zainteresowaniu rozwojem opieki długoterminowej wywołał różne reakcje rynku usług zdrowotnych. Przede wszystkim zaczęły powstawać niepubliczne zakłady, ale i niektóre dotychczasowe domy pomocy społecznej uległy przekształcaniu w zakłady opieki długoterminowej.

Ostatecznie w roku 1999 powstało 95 zakładów opieki długoterminowej, w tym:

- 34 zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- 43 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- 18 zakładów paliatywno-hospicyjnych².

Łącznie na realizację zadania przekazano w roku 1999 kwotę 14 374 300 PLN. W rezultacie wdrożenia programu na bazie łóżek ostrych utworzono w sumie 2471 łóżek opieki długoterminowej. Zatrudnienie znalazło 1743 pracowników. Ponadto utworzenie nowych miejsc pracy w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i opieki paliatywno-hospicyjnej umożliwiło dokonanie przesunięć kadrowych, zmniejszając skalę redukcji personelu.

Proces tworzenia zakładów opieki długoterminowej był kontynuowany w roku 2000 i 2001 (tabela II.10.2). W wyniku realizacji powyższych programów oraz udziału organów założycielskich w finansowaniu adaptacji pomieszczeń powstało kolejnych 118 zakładów opieki długoterminowej, w tym:

- 35 zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- 12 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 6 zakładów paliatywno-hospicyjnych,
- 65 innych zakładów³.

Warto w tym miejscu podkreślić, że program nie przyniósłby takich rezultatów bez ogromnego zaangażowania wielu samorządów terytorialnych, zarówno w proces przygotowania programów restrukturyzacji, jak też w ich realizację, poprzez udostępnianie lokali lub budynków, pomoc logistyczną, a także wsparcie finansowe. Na powodzenie programu wpłynęło również duże zaangażowanie samorządów zawodowych, a w szczególności samorządu pielęgniarek i położnych, które żywo zainteresowały się rozwojem tej formy opieki. Czynnikiem mobilizującym samorządy do pomocy było niewątpliwie znaczenie programu dla społeczności lokalnej, ale także ograniczenie środków finansowych przeznaczonych na jego realizację. Dobre doświadczenia współpracy ministerstwa i samorządów terytorialnych w roku 1999 stanowiły argumenty w politycznej

² Cytowane dane dotyczą zakładów *in statu nascendi*, przy czym zdarzało się, że zakład tworzony w danym roku rozpoczynał działalność w roku następnym, stąd nie można wprost porównywać powyższych liczb z danymi, przedstawionymi w tym rozdziale w tabelach.

³ Liczby dotyczą zakładów, których powstanie było związane z dofinansowaniem w ramach programu. Niektóre z tych zakładów nie zostały zakwalifikowane przez regionalne kasy chorych jako zakłady opieki długoterminowej, tylko jako „inne” zakłady. Wynikało to z nieprecyzyjnych definicji i odmienności polityki kas chorych w poszczególnych regionach.

dyskusji o dalszej decentralizacji państwa, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o zasadach wspierania rozwoju regionalnego. Istotnym elementem przekształceń były zmiany własnościowe, które w wielu regionach umożliwiły zorganizowanie zakładów opieki długoterminowej w formie niepublicznej. W sumie w okresie dwóch lat powstało około 9230 łóżek opieki długoterminowej: około 5 tys. w zakładach publicznych i 4230 w zakładach niepublicznych.

Tabela II.10.2

Zakłady opieki długoterminowej, które powstały w latach 1999–2000 w wyniku Programu Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia

Województwo	1999	2000	Razem
dolnośląskie	7	5	12
kujawsko-pomorskie	6	15	21
lubelskie	3	5	8
lubuskie	5	1	6
łódzkie	5	10	15
małopolskie	8	13	21
mazowieckie	12	21	33
opolskie	4	2	6
podkarpackie	4	0	4
podlaskie	4	13	17
pomorskie	4	7	11
śląskie	7	13	20
świętokrzyskie	5	3	8
warmińsko-mazurskie	6	2	8
wielkopolskie	12	8	20
zachodniopomorskie	8	0	8
RAZEM	100	118	218

Zakłady opieki długoterminowej stanowiły *novum* w systemie ochrony zdrowia. Jednym z warunków przekształcania łóżek ostrych w długoterminowe była pozytywna opinia regionalnej kasy chorych, a instytucje te w początkowym okresie nie były przygotowane do kontraktowania tej formy opieki. W wielu regionach Polski stawki za opiekę były zbyt niskie, w wyniku czego nowo powstałe zakłady znalazły się w bardzo trudnej sytuacji finansowej, która niekiedy zmuszała je do ponownego przekształcenia. Szczególną trudność sprawiała kontraktowanie opieki domowej. W miarę zbierania doświadczeń kasy chorych stopniowo dopracowały zasady kontraktowania opieki długoterminowej. Po-

czątkowe trudności nie zahamowały więc rozwoju placówek opieki długoterminowej. Powstawały nowe formy opieki, na przykład oddziały dla chorych na chorobę Alzheimera. Utrzymał się też trend tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, co należy zaliczyć do zjawisk korzystnych.

Dzięki temu w czerwcu 2004 roku (według: *Rejestr ZOZ*, 2004) działało 39 oddziałów geriatrycznych i oddziałów dla chorych na chorobę Alzheimera oraz 623 zakłady medycyny paliatywnej i opieki przewlekłej, posiadające razem 24 208 łóżek. Oprócz tego zarejestrowano 215 poradni geriatrycznych i poradni leczenia zaburzeń pamięci (w tym 140 niepublicznych) i 1200 poradni medycyny paliatywnej i chorób przewlekłych (w tym 860 niepublicznych) (tabela II.10.3).

Tabela II.10.3

Poradnie i zakłady opieki przewlekłej w Polsce (stan na 30.06.2004 roku)

Typ	Zakłady publiczne		Zakłady niepubliczne	
	Poradnie	Oddziały	Poradnie	Oddziały
Poradnie i oddziały geriatryczne i choroby Alzheimera	75	39	140	0
Poradnie i oddziały medycyny paliatywnej i opieki przewlekłej	340	386	860	237
RAZEM	415	425	1000	237

Źródło: *Rejestr ZOZ*, 2004

Na szczególną uwagę zasługuje rozwój opieki paliatywnej. Zasadniczym jej celem jest interdyscyplinarna, realizowana w sposób zespołowy opieka medyczna, psychologiczna, duchowa i społeczna nad ludźmi chorymi na zaawansowane, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące i zagrażające życiu schorzenia oraz opieka nad rodzinami tych osób. Koncepcja tej formy opieki narodziła się w Wielkiej Brytanii, w Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, stąd rozprzestrzeniła się w świecie. W Polsce idea pomocy ludziom umierającym i przewlekle chorym pojawiła się już w latach siedemdziesiątych XX wieku. W roku 1981 w Krakowie zawiązało się pierwsze poświęcone temu ruchowi Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”. Następnie powstały kolejno: Hospicjum Pallotynów w Gdańsku (1984) i Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu (1985). W 1988 roku utworzono Zespół Opieki Paliatywnej w Akademii Medycznej w Poznaniu, który od 1990 roku funkcjonuje jako Klinika Opieki Paliatywnej i odgrywa wiodącą rolę w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i pielęgniarek [Szczerbińska, 1999b]. W połowie lat dziewięćdziesiątych opracowano program kształcenia przeddyplomowego w zakresie medycyny paliatywnej na studiach lekarskich i pielęgniarskich [Halik, 2002, s. 119–123]. Ponadto przygotowano odpowiedni program kształcenia lekarzy rodzinnych [Departament..., 1992].

Równolegle powstało Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej w Poznaniu (1989), a w roku 1993 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołało

Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, która aktywnie włączyła się w rządowe prace nad standardami i narodowym programem rozwoju tej formy opieki w kraju⁴. W wyniku konsekwentnych starań Rady minister zdrowia w roku 1999 zatwierdził wprowadzenie nowej specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny paliatywnej oraz kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych dla pielęgniarek z dziedziny opieki paliatywnej.

Od tej chwili zaszło wiele korzystnych zmian, które odegrały ważną rolę w budowaniu „systemu” opieki nad chorymi terminalnie. W roku 1994 wraz z „Programem rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce” przyjęto proponowane przez Światową Organizację Zdrowia zalecenia docelowego utworzenia 5 łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej na 100 tys. ludności w populacji generalnej. Na zlecenie MZiOS w 1999 roku zespół prof. Jacka Łuczaka opracował „Standard produktów (świadczeń) kontraktowanych przez Kasy Chorych w specjalności medycyna paliatywna” [Łuczak, Kaczmarek, Kopczyńska i in., 1999]. W dokumencie tym podano szczegółowe wytyczne dotyczące zadań, wymaganych kwalifikacji personelu, warunków lokalowych, wyposażenia, wskazań do przyjęcia i realizowanych procedur dla różnych form organizacyjnych opieki paliatywnej realizowanej w: hospicjum, dziennym ośrodku opieki paliatywnej, poradni opieki paliatywnej i zespole opieki domowej. Należy podkreślić, że w opracowanych standardach zwrócono uwagę na potrzebę równomiernego rozmieszczenia zakładów świadczących zarówno opiekę paliatywną, jak i długoterminową i geriatryczną. Wskazano na konieczność utworzenia w przyszłości bazy około 2 tys. łóżek w małych, 15-łóżkowych oddziałach hospicyjnych rozlokowanych na obszarze całego kraju. Należy stwierdzić, że w ciągu ostatnich 10 lat zrobiono bardzo wiele, aby pojęcia opieki paliatywnej i hospicjum na dobre zakorzeniły się w świadomości ludzi i kojarzyły się z najwyższą jakością opieki nad umierającymi.

II.10.2. Ogólne zasady funkcjonowania i udzielania świadczeń w zakładach opieki długoterminowej

Pojęcie „opieka długoterminowa” zostało zapożyczone z języka angielskiego jako dosłowne tłumaczenie terminu *long-term care*, i oznacza opiekę przewlekłą, która w Polsce przed rokiem 1990 była realizowana głównie przez pielęgniarki środowiskowe i domy pomocy społecznej. Obecnie pod pojęciem opieki długoterminowej rozumiemy konieczność sprawowania długotrwałej opieki nad pacjentem – w formie opieki domowej (w warunkach domowych) lub instytu-

⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 października 1993 roku w sprawie powołania Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (Dz.Urz. MZiOS, 1993, Nr 12, poz. 37).

cjonalnej (w specjalnie do tego utworzonych zakładach opieki długoterminowej)⁵.

Opieka domowa realizowana jest przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, pielęgniarki domowe, zespoły opieki paliatywnej, a od niedawna także przez interdyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej. W obszarze systemu pomocy społecznej pojawiły się nowe zawody: opiekunki środowiskowej i asystenta osoby niepełnosprawnej, którzy mają wspierać pracowników opieki zdrowotnej w pracy z przewlekle chorym i niepełnosprawnym pacjentem pozostającym we własnym domu [Orzeł-Nowak, Walewska, 2004; Mirewska, 2004].

Stacjonarna opieka długoterminowa prowadzona jest zasadniczo w:

- zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL),
- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO),
- hospicjach,
- innych zakładach, do których należą: szpitale opieki długoterminowej i szpitalne oddziały dla przewlekle chorych, oddziały rehabilitacji, chorób płuc i gruźlicy oraz przewlekłych chorób zakaźnych, np. chorób wątroby, układu nerwowego.

Opieka w wymienionych placówkach opiera się na współpracy zespołu interdyscyplinarnego składającego się z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych terapeutów, zależnie od profilu zakładu.

Ponadto w ramach systemu pomocy społecznej działają domy pomocy społecznej. Należy pamiętać, że odgrywają one bardzo ważną rolę w opiece nad ludźmi niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi (zostaną omówione w oddzielnym rozdziale poświęconym dostępności pomocy społecznej).

Zasadniczym zadaniem zakładów opieki długoterminowej jest opieka nad przewlekle chorymi, którzy nie mają wskazań do leczenia w warunkach szpitalnych. Zasady funkcjonowania nowo powstałych form organizacyjnych, jakimi są ZOL, ZPO i hospicjum, wynikają z wymienionych powyżej aktów prawnych i zostały uściśnione w opracowanym w 1999 roku przez ministerstwo zdrowia standardzie usług medycznych w zakresie opieki długoterminowej, który precyzował strukturę, organizację i zadania zakładów opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego [MZIOS, 1999b]. Według tego dokumentu dzienna stawka za opiekę nad pacjentem w stacjonarnej opiece długoterminowej obejmuje zarówno usługi zdrowotne (lecnicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne czy diagnostyczne), jak i usługi opiekuńcze, edukację zdrowotną i wsparcie psychologiczne.

Zadaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych jest zapewnienie pacjentom niezbędnych leków, środków i materiałów medycznych, sprzętu ortopedycznego, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych oraz konsultacji

⁵ Opieka długoterminowa została zdefiniowana jako długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana instytucjonalnie (stacjonarnie lub w domu chorego) w celu podurzyszenia zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, niekwalifikującym się do leczenia szpitalnego [Nandakumar, 2002; WHO, 1996].

specjalistycznych. Ustawa gwarantuje pacjentom opieki długoterminowej pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Zakłady mają także zajmować się promocją zdrowia i edukacją, zarówno przebywających w nich pacjentów, jak i ich rodzin i bliskich (tablica II.10.1). W praktyce jednak niezwykle zaniżone stawki są barierą dla tego typu działań. Skutkiem tego jest oferowanie przez zakłady często ograniczonych świadczeń zdrowotnych i minimalnego standardu podstawowej pielęgnacji. W 2003 roku minimalna zalecana stawka dla zakładu opiekuńczo-leczniczego wynosiła 80 PLN dziennie na osobę, jednak kwoty te były często niższe i wahały się od nawet 25 do 60 PLN.

Tablica II.10.1

Standardowy pakiet świadczeń w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej

Standardowy pakiet świadczeń w zakładach stacjonarnych świadczących opiekę całodobową obejmuje:

- świadczenia pielęgniarские;
- świadczenia lekarskie (wizytę lekarską nie mniej niż dwa razy w tygodniu oraz zawsze na wezwanie w razie potrzeby, a w ZOL stałą opiekę lekarską);
- rehabilitację zgodnie z zaleceniem lekarza;
- badanie i terapię psychologiczną;
- terapię zajęciową;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie dietetyczne;
- zaopatrzenie w leki zalecone przez lekarza zakładu;
- zapewnienie konsultacji specjalistycznych;
- zapewnienie podstawowych badań;
- edukację i poradnictwo zdrowotne;
- zapewnienie zleconego transportu;
- pomoc w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i lecznicze środki techniczne;
- zaopatrzenie w środki pomocnicze oraz materiały medyczne.

Niewielkie różnice funkcjonalne pomiędzy ZOL i ZPO [MZiOŚ, 1999a] często budzą dyskusję co do zasadności istnienia dwóch tak podobnych struktur. Podobnie, jeśli przyrzeć się mieszkańcom DPS i innych placówek opieki długoterminowej, można mieć wątpliwości, czym różnią się wskazania do przyjmowania pacjentów do poszczególnych rodzajów zakładów. Poniżej podjęto próbę nakreślenia podstawowych różnic między omawianymi placówkami (tabela II.10.4). W praktyce podział ten nie jest jednak tak jednoznaczny.

Próba doprecyzowania wskazań do leczenia pacjentów w ZOL i ZPO było opracowanie kryteriów kwalifikacji do ich przyjęcia⁶. Od 2003 roku warunkiem finansowania pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest sklasyfikowanie go w przedziale 0–40 punktów w skali Barthel. W trosce o jakość opieki wprowadzono zalecenia dotyczące minimalnych norm etatowych dla pielęgnacji

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczególnych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U., 1998, Nr 166, poz. 1265).

gniarek w zakładach opieki zdrowotnej, które obowiązują również w placówkach opieki długoterminowej⁷. Normy te nie dotyczą zatrudnienia w domach pomocy społecznej.

Tabela II.10.4

Różnice strukturalne i funkcjonalne różnych typów placówek opieki długoterminowej

System	opieki zdrowotnej				pomocy społecznej	
Rodzaj placówki	szpital dla przewlekłych chorych	hospicjum	ZOL	ZPO	DPS dla przewlekłych chorych	DPS dla osób starszych
Kierownik	ordynator – lekarz ze specjalizacją II stopnia i minimum 8-letnim stażem pracy	dyrektor ds. medycznych – lekarz ze specjalizacją II stopnia i minimum 8-letnim stażem pracy	dyrektor ds. medycznych – lekarz ze specjalizacją II stopnia i minimum 8-letnim stażem pracy	kierownik – mgr pielęgniarstwa	dyrektor – nie jest wymagane wykształcenie medyczne	dyrektor – nie jest wymagane wykształcenie medyczne
Zatrudnienie lekarzy	stałe, dyżury całodobowe	stałe, dyżury całodobowe	stałe, dyżury całodobowe	doraźne, na zlecenie	lekarz rodzinny	lekarz rodzinny
Zadania placówki	kontynuacja leczenia szpitalnego	leczenie, pielęgnacja, opieka	kontynuacja leczenia szpitalnego, pielęgnacja	pielęgnacja, opieka	opieka, pielęgnacja	opieka
Zakładany czas pobytu pacjenta	do 30 dni	kilka dni lub tygodni	do 6 miesięcy	2–6 tygodni	pobyt stały	pobyt stały
Forma odpłatności	NFZ	NFZ + sponsorzy	NFZ + pacjent (koszty hotelowe)	NFZ + pacjent (koszty hotelowe)	pomoc społeczna + mieszkaniac + rodzina (koszty hotelowe)	pomoc społeczna + mieszkaniac + rodzina (koszty hotelowe)

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U., 1999, Nr 111, poz. 1314).

II.10.3. Dostępność świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej

Poniżej skupiono się na analizie poszczególnych czynników decydujących o dostępności stacjonarnej formy opieki długoterminowej istniejącej w ramach systemu opieki zdrowotnej.

II.10.3.1. Osiągalność i dostępność przestrzenna świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej

Zobrazowanie liczbami osiągalności opieki długoterminowej dla osób starszych nie zawsze jest możliwe, ponieważ hospicja, ZOL, ZPO i domy pomocy społecznej nie ograniczają się do sprawowania opieki tylko nad osobami w podeszłym wieku. Do 2000 roku nie prowadzono statystyki dotyczącej poszczególnych grup wiekowych pacjentów, a zatem nie można podać liczby miejsc w takich ośrodkach, które są przeznaczone tylko dla osób powyżej 65. r.ż. Na podstawie późniejszych opracowań można stwierdzić, że około 70–90% pacjentów placówek długoterminowych to osoby starsze. W roku 2001 ludzie starsi (powyżej 60. r.ż.) stanowili 68,6% pacjentów ZOL, 79,5% przebywających w ZPO i 89,3% terminalnie chorych w hospicjach [GUS, 2003b, Tabl. 25, s. 46]. Mając to na uwadze, poniżej przytoczono niektóre ogólne dane, które następnie zinterpretowano w odniesieniu do populacji osób starszych.

Informacje dostępne w opracowaniach statystycznych, które dotyczą liczby zakładów i łóżek opieki długoterminowej, są niepełne. W analizowanych dokumentach znajdujemy wiele sprzeczności. Dotyczą one nie tylko opieki długoterminowej, ale ogólnie systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Przez wiele lat dane z sektora ochrony zdrowia były w PRL zbierane przez GUS na podstawie rocznych sprawozdań. Od roku 1999, czyli od kiedy samorządy terytorialne stały się właścicielami zakładów opieki zdrowotnej i zrobiły pierwszy „remanent”, najbardziej wiarygodnym źródłem tych danych są rejestry wojewodów. Brak zgodności informacji zbieranych przez Ministerstwo Zdrowia, które bazuje na *Rejestrze ZOZ*, przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) i GUS wynika między innymi z:

- dużej dynamiki powstawania nowych placówek oraz częstych zmian raportowanych danych (zakłady starają się dopasować do oczekiwań NFZ w danym roku, żeby pozyskać optymalny kontrakt);
- dowolności w nazewnictwie oddziałów szpitalnych i zakładów, co wprowadza nieścisłości w sprawozdaniach;
- trudności w definiowaniu zakresu opieki długoterminowej;
- braku jednolitego systemu gromadzenia dokładnie zdefiniowanych danych oraz ich kontroli i zarządzania nimi.

W opracowaniach „ostre” oddziały geriatryczne często traktowane są na równi z oddziałami dla przewlekle chorych. Nie został rozstrzygnięty spór klinicystów, czy oddziały geriatryki powinny być zaliczane do działu opieki długoterminowej czy nie. Podobnie, umieszczanie hospicjów w obszarze opieki długoterminowej można uznać za błąd, ponieważ pacjenci z założenia mają być tam przyjmowani na krótkie pobyty i następnie przekazywani do długotrwałej opieki domowej, sprawowanej przez zespół opieki paliatywnej. Mimo wielu niejasności należy bezsprzecznie stwierdzić, że w Polsce w ostatnich latach dokonał się szybki rozwój opieki długoterminowej, co skutkowało zdecydowanym zwiększeniem zasobów w zakresie placówek stacjonarnych.

Korzystając z danych GUS, można stwierdzić, że do 2000 roku utworzono 126 ZOL (9633 łóżek) [GUS, 2001b, Tabl. 28: Zakłady opiekuńczo-lecznicze, leczniczo-wychowawcze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, s. 42], 60 ZPO (2372 łóżek) [GUS, 2003c, Tabl. 9 (280): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 291], 26 hospicjów (451 łóżek) [GUS, 2001b, Tabl. 22: Hospicja, s. 35] i 38 szpitali opieki długoterminowej (5417 łóżek) [tamże, Tabl. 17: Szpitale ogólne według rodzajów, s. 19] (tabela II.10.5). Ponadto w 199 szpitalach obok tzw. oddziałów ostrych funkcjonowały oddziały opieki długoterminowej.

Tabela II.10.5

Liczba zakładów opieki długoterminowej, łóżek i pacjentów (łącznie z zakładami typu psychiatrycznego) w latach 2000–2004

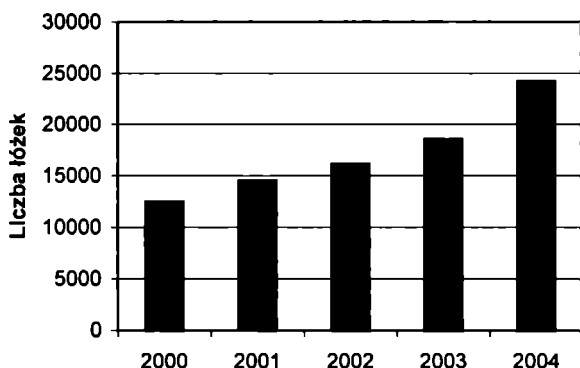
Rodzaj zakładu	Liczba placówek				
	2000	2001	2002	2003	2004**
ZOL	126	149	174	182	190
ZPO	60	92	100	103	104
Hospicjum	26	36	41	45	47
Razem	212	277	315	330	341
	Liczba łóżek				
	2000	2001	2002*	2003	2004**
ZOL	9 633	10 195	11 206	11 868	13 387
ZPO	2 372	3 638	3 600	3 821	3 863
Hospicjum	451	670	849	901	901
Razem	12 456	14 503	15 655	16 590	18 151
	Liczba leczonych w ciągu roku				
	2000	2001	2002	2003	2004**
ZOL	16 340	20 197	24 395	bd	bd
ZPO	5 839	10 355	10 413	bd	bd
Hospicjum	5 784	6 901	8 497	bd	bd
Razem	27 963	37 453	43 305	bd	bd

* dane według: GUS, 2003b, s. 45

** dane według: GUS, 2005

Opracowano na podstawie danych: GUS, 2003c, Tabl. 9(280): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 291

Dane te w przeliczeniu na liczbę mieszkańców Polski świadczą, że zamierzone wskaźniki kierunkowe – 14 łóżek opieki długoterminowej na 10 tys. ludzi – są nadal odległe. W roku 2000 wskaźnik ten, uwzględniając miejsca w ZOL, ZPO, hospicjach i szpitalach opieki długoterminowej, wyniósł 4,6⁸. W przeliczeniu zaś na populację osób starszych był on niższy i wyniósł 3,8 łóżka na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. (patrz załącznik 5, dotyczący wyników badania z roku 2000). Dynamikę wzrostu liczby łóżek długoterminowych w latach 2000–2004 przedstawiono na rycinie II.10.1.



Rycina II.10.1. Liczba łóżek łącznie w ZOL, ZPO i hospicjach w latach 2000–2004
[Rejestr ZOZ, 2004]⁹

Osiągalność placówek opieki długoterminowej stale się poprawia. Jednocześnie rośnie jednak liczba osób starszych wymagających takiej opieki. Dlatego mimo zwiększania się wskaźników ogólnych, tzn. liczby łóżek opieki długoterminowej w przeliczeniu na 10 tys. ogółu ludności, jej wzrost nie jest już tak dynamiczny w stosunku do potrzeb osób starszych. Na przykład, w okresie od 2000 do 2002 roku liczba łóżek w ZOL, ZPO i hospicjach na 10 tys. osób w populacji generalnej zwiększyła się o jedno (z 3,2 do 4,2), podczas gdy ta sama liczba w przeliczeniu na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. spowodowała wzrost tego wskaźnika z 2,6 do 3,2 – tzn. prawie o połowę mniejszy. Na podstawie danych Regionalnej Mazowieckiej Kasy Chorych z roku 2000 oszacowano, że zapotrzebowanie na świadczenia zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i zespołów domowej opieki długoterminowej zrealizowano zaledwie w 44% [Halik, 2002, s. 157–161].

⁸ Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2003c, Tabl. 9(280): Stacjonarna opieka zdrowotna, s. 291, Tabl. 4(120): Ludność według płci i wieku, s. 106; GUS, 2001b, Tabl. 17: Szpitale ogólne według rodzajów, s. 19.

⁹ Uwaga: dane z Rejestru NZOZ mogą być wyższe niż w innych źródłach, gdyż dotyczą wszystkich zarejestrowanych placówek niekoniecznie działających, ponieważ np. nie otrzymały kontraktu lub mają kontrakt na mniejszą liczbę łóżek.

Mimo wielu korzystnych zmian system nie nadąża więc za potrzebami szybko starzejącej się populacji i nadal w wielu miejscach kraju obserwuje się ograniczoną dostępność do opieki długoterminowej. Jest to szczególnie widoczne w regionach wiejskich, gdzie sytuacja demograficzna, kulturowa i ekonomiczna odzin częściej skłania je do kontynuowania opieki nad osobami starszymi, nawet jeśli są istotne wskazania do umieszczenia ich w zakładach opieki długoterminowej. Chociaż liczba łóżek opieki długoterminowej rośnie we wszystkich regionach Polski, rozmieszczenie placówek pomiędzy województwami nadal w dużym stopniu pozostaje nierównomierne, czego potwierdzeniem są dane w tabeli II.10.6.

Tabela II.10.6

Rozmieszczenie łóżek opieki długoterminowej w poszczególnych województwach w roku 2002

Województwo	Liczba miejsc w zakładach				Liczba ludności ≥ 65. r.ż.	Liczba łóżek na tysiąc osób ≥ 65. r.ż.
	ZOL	ZPO	Hospicjach	Razem		
dolnośląskie	1 782	458	35	2 275	377 747	6,0
kujawsko- pomorskie	334	131	71	536	245 707	2,2
lubelskie	258	108	24	390	306 236	1,3
lubuskie	618	42	29	689	113 859	6,1
łódzkie	295	180	22	497	382 196	1,3
małopolskie	1 415	45	63	1 523	415 433	3,7
mazowieckie	1 923	608	193	2724	730 294	3,7
opolskie	752	0	7	759	132 886	5,7
podkarpackie	402	262	153	817	260 911	3,1
podlaskie	104	178	31	313	169 021	1,9
pomorskie	501	172	56	729	247 173	2,9
śląskie	1 593	715	41	2 349	576 811	4,1
świętokrzyskie	214	64	24	302	186 887	1,6
warmińsko- mazurskie	163	194	0	357	157 573	2,3
wielkopolskie	582	312	49	943	388 360	2,4
zachodnio- pomorskie	270	131	51	452	196 581	2,3
RAZEM	11 206	3 600	849	15 655	4 887 675	3,2

Opracowano na podstawie: GUS, 2003b, Tabl. 24: Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja, według województw, s. 45

Warto dodać, że chociaż aktualnie nie ma żadnego programu wspierającego dalszy rozwój opieki długoterminowej, to jednak postępuje on nadal, zarówno w publicznych, jak też w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej, o czym świadczą dane w tabeli II.10.7.

Tabela II.10.7

Liczba łóżek w oddziałach geriatrici, choroby Alzheimera, medycyny paliatywnej i dla przewlekłych chorych w 2004 roku

Województwo	Liczba łóżek w zakładach/ /oddziałach publicznych		Liczba łóżek w zakładach / /oddziałach niepublicznych	
	medycyny paliatywnej i opieki przewlekłej	geriatrycznych i choroby Alzheimera	medycyny paliatywnej i opieki przewlekłej	geriatrycznych i choroby Alzheimera
dolnośląskie	1895	20	1327	0
kujawsko-pomorskie	601	21	237	0
lubelskie	920	104	259	0
lubuskie	1327	55	99	0
łódzkie	506	28	391	0
małopolskie	1070	124	610	0
mazowieckie	2001	171	2037	0
opolskie	761	0	178	0
podkarpackie	633	15	215	0
podlaskie	491	18	129	0
pomorskie	497	51	565	0
śląskie	1681	258	1400	0
świętokrzyskie	189	0	70	0
warmińsko-mazurskie	461	67	223	0
wielkopolskie	1475	16	333	0
zachodniopomorskie	305	45	329	0
RAZEM	14 813	993	8402	0

Źródło: *Rejestr ZOZ*, 2004

Analizując statystyki *Rejestru ZOZ* (2004), należy zauważyć, że zbiorcze wykazywanie danych dotyczących oddziałów geriatrycznych z innymi oddziałami opieki długoterminowej może dawać mylne wrażenie poprawy w zakresie rozwoju opieki geriatrycznej. Tymczasem z innych źródeł wiadomo, że liczba

łóżek na ostrych oddziałach geriatrycznych w omawianym okresie zmalała, co zostało przedstawione w rozdziale II.7.

Pomimo intensywnego rozwoju zakładów opieki długoterminowej w ostatnich latach nie udało się usunąć różnic terytorialnych w dostępie do tej formy opieki. Nadal liczba tego typu placówek jest bardzo mała w niektórych województwach, np. w zachodniopomorskim, świętokrzyskim, podlaskim czy też warmińsko-mazurskim przy jednoczesnym znacznym ich zagęszczeniu w dużych miastach (rycina II.10.2. i tabela II.10.8).



A



B



C



D



E

- A – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)
- B – zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)
- C – hospicja
- D – oddziały medycyny paliatywnej
- E – oddziały dla przewlekle chorych

Rycina II.10.2. Rozmieszczenie zakładów opieki długoterminowej w roku 2005
(opracowanie: K. Czarniecka i A. Kozierkiewicz na podstawie danych CSIOZ)

Tabela II.10.8

Liczba placówek opieki długoterminowej wg Rejestru Zakładów
Opieki Zdrowotnej w roku 2005

Województwo	ZOL	ZPO	Hospicja	Oddziały medycyny paliatywnej	Oddziały dla przewlekłe chorych
dolnośląskie	47	18	7	4	14
kujawsko-pomorskie	17	13	5	7	11
lubelskie	17	5	3	7	15
lubuskie	13	4	4	1	0
łódzkie	19	10	1	6	12
małopolskie	32	2	4	6	16
mazowieckie	45	44	14	8	4
opolskie	16	0	3	4	0
podkarpackie	13	11	4	5	4
podlaskie	6	9	4	3	6
pomorskie	20	8	11	5	1
śląskie	22	27	4	7	13
świętokrzyskie	15	1	1	2	1
warmińsko-mazurskie	9	8	4	6	1
wielkopolskie	13	11	5	17	21
zachodniopomorskie	4	3	1	2	1
RAZEM	308	174	75	90	120

Opracowanie: K. Czarniecka, A. Kozierkiewicz na podstawie danych CSIOZ

II.10.3.2. Stopień poinformowania osób starszych, pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej o istnieniu i zasadach funkcjonowania placówek opieki długoterminowej

W opinii ekspertów biorących udział w projekcie CLESA lekarze i pracownicy socjalni dysponują wystarczającą wiedzą na temat zakresu świadczeń i zasad kierowania do placówek opieki długoterminowej, by odpowiednio postępować z chorym. Dotąd nie prowadzono badań dotyczących stopnia poinformowania osób starszych na ten temat. Należy jednak stwierdzić, że wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych i płaćenie składek przez pacjentów spowodowały istotny postęp w ich wiedzy na temat przysługujących im praw.

Wraz ze wzrostem świadomości pacjentów rośnie popyt na wiele usług, w tym na świadczenia opieki długoterminowej. Wobec nieco dłuższej historii i prężnego rozwoju opieki paliatywnej ich uświadomienie w zakresie istnienia i zadań hospicjum wydaje się pełniejsze. Pacjenci najlepiej orientują się w formach opieki istniejących najdłużej, tzn. domach pomocy społecznej. ZOL, ZPO i oddziały dla przewlekle chorych są stosunkowo młodą formą opieki i prawdopodobnie dlatego wiedza pacjentów na temat zakresu świadczeń oferowanych przez te placówki jest nikła i wynika z jednostkowych doświadczeń.

II.10.3.3. Stopień partycypowania osób starszych w kosztach świadczeń opieki długoterminowej

Jednostką kalkulacyjną stosowaną w rozliczeniach za świadczenia udzielane w zakładach opieki długoterminowej, podobnie jak w innych placówkach stacjonarnych, jest osobodzień. Świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach dla przewlekle chorych i w hospicjach są całkowicie refundowane przez NFZ, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zaś są finansowane przez NFZ oraz pacjentów i ich rodziny. Ponadto opieka tego rodzaju może być współfinansowana przez organy założycielskie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe, kościelne, osoby prawne i fizyczne, a także przez pomoc społeczną lub PFRON. Narodowy Fundusz Zdrowia nie pokrywa kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Pacjenci przyjęci do ZOL lub ZPO partycypują w kosztach hotelowych do wysokości 70% własnych dochodów¹⁰. Stanowi to bodziec do szybszego powrotu pacjentów do domu lub podejmowania przez nich decyzji o przeniesieniu do domu pomocy społecznej.

¹⁰ Zgodnie z Art. 34a wprowadzonym na mocy artykułu 1, p. 43 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U., 1997, Nr 104, poz. 661): „Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym”; Rozporządzenie MZiOS z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U., 1998, Nr 166, poz. 1265).

II.10.3.4. Bariery w dostępie osób starszych do świadczeń opieki długoterminowej

Podstawą do przyjęcia do hospicjum lub szpitalnego oddziału dla przewlekłe chorych jest skierowanie wydane przez lekarza na podstawie wskazań klinicznych. Umieszczenie pacjenta w ZOL lub ZPO wymaga ponadto, wykonywanej przez pracownika socjalnego, oceny zdolności do pełnienia opieki przez rodzinę i oceny dochodów chorego, w celu określenia stopnia partycypowania w kosztach pobytu.

Początkowo wskazania do przyjęcia pacjenta do ZOL lub ZPO były dość szerokie: choroba przewlekła, niepełnosprawność i trudna sytuacja rodzinna uniemożliwiająca pielęgnację chorego w domu. Wobec niedoboru miejsc w zakładach opieki długoterminowej w roku 2003 wprowadzono regulacje, które w zamierzeniu mają przyspieszyć przepływ pacjentów przez te placówki i skrócić czas oczekiwania na miejsce. Prowadzą jednak do zaostrzenia kryteriów kwalifikujących pacjentów do opieki w ZOL lub ZPO, które w tej chwili w większym stopniu mają charakter kliniczny. Ograniczenie refundacji kosztów leczenia, w przypadku pacjentów przebywających w placówce ponad 6 miesięcy, stawia rodzinę chorego w trudnej sytuacji ponoszenia pełnych wydatków z tym związanych. Jednocześnie od roku 2004 NFZ zakontraktował świadczenia zespołów domowej opieki długoterminowej, które mają wspomagać opiekę środowiskową i rodzinę w zaspokajaniu potrzeb pacjenta przebywającego w domu.

II.10.3.5. Czas oczekiwania na usługę

Wobec wykazanych powyżej nierówności w osiągalności stacjonarnej opieki długoterminowej nie można mówić o średnich czasach oczekiwania, ponieważ różnią się one znacznie w poszczególnych województwach. Na długość oczekiwania na miejsce w placówkach opieki długoterminowej niewątpliwie ma wpływ liczba łóżek w stosunku do liczby oczekujących, przeciętny czas pobytu w placówce oraz stopień wykorzystania łóżek. O ile ze względu na brak danych (nie znamy liczby oczekujących) pierwszy wskaźnik nie jest możliwy do obliczenia, o tyle w przypadku dwóch pozostałych w okresie 2000–2002 obserwowano stopniowe skracanie się czasu pobytu w ZOL i ZPO przy jednoczesnym wzroście wykorzystania łóżek (tabela II.10.9). Równocześnie przeciętny czas pobytu w hospicjach nie uległ zmianie, utrzymując się na poziomie około miesiąca, a wykorzystanie łóżek zwiększyło się tam do ponad 100%. Jest to wynikiem różnych zadań realizowanych przez omawiane placówki. Z jednej strony, celem hospicjum jest pomoc w najtrudniejszych dla pacjenta stadiach choroby i w miarę możliwości leczenie chorego w domu. Pacjenci przyjmowani są więc na stosunkowo krótkie pobyty. Z drugiej strony, zły stan kliniczny zgłaszających się osób często uniemożliwia odmowę przyjęcia, co powoduje duże wykorzy-

stanie łóżek – na poziomie około 100%. W pozostałych zakładach opieki długoterminowej przeciętny pobyt pacjentów jest z założenia dłuższy – około 6 miesięcy w ZOL i około 4 miesięcy w ZPO i (jak wspomniano) odnotowano jego stopniowe skracanie się przy większym wykorzystaniu łóżek. Ta obserwacja może sugerować, że więcej pacjentów miało w badanym okresie szansę skorzystania z tej formy opieki. Należy jednak przyjąć, że przy jednoczesnej tendencji skracania czasu pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych potrzeby populacji w zakresie kontynuowania leczenia w warunkach opieki długoterminowej rosną.

Tabela II.10.9

Przeciętny czas pobytu pacjenta i wykorzystanie łóżek w zakładach opieki długoterminowej

ROK	Przeciętny czas pobytu pacjenta w:					
	ZOL		ZPO		hospicjum	
	dni	miesiące	dni	miesiące	dni	miesiące
2000	215	7,1	148	4,90	28	0,9
2001	184	6,1	128	4,20	35	1,2
2002	168	5,5	126	4,15	30	1,0
	Przeciętne wykorzystanie łóżek* (liczba osobodni pacjentów w roku/liczba łóżek)					
	ZOL		ZPO		hospicjum	
	dni	%	dni	%	dni	%
2001	326	89%	274	75%	292	80%
2002	337	92%	310	85%	302	83%
2003	345	94%	316	87%	366	100,2%

* liczbę dni w roku, w których łóżko było zajęte, przedstawiono również jako odsetkową część roku

Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2003b, s. 45–47; GUS, 2004b, s. 45–47

Biorąc pod uwagę te dane, zaproszeni do projektu eksperci przyjęli, że najkrótszy czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opieki długoterminowej (kilka dni lub tygodni) dotyczy hospicjów i w dużej mierze zależy od stanu klinicznego pacjenta – zwykle jest on przyjmowany natychmiast lub umawia się na konkretny termin.

Czas oczekiwania na miejsce w ZOL, ZPO i w oddziałach dla przewlekłe chorych jest liczony w miesiącach. Na długość tego okresu we wszystkich wymienionych placówkach wpływa stan kliniczny pacjenta, jego sytuacja rodzinna i bariery administracyjne w postaci liczby zakontraktowanych świadczeń (łóżek opieki długoterminowej). Zawsze wymagane jest skierowanie i wcześniejsze umówienie terminu przyjęcia.

II.10.4. Wnioski i rekomendacje

W latach 1999–2004 obserwowano w Polsce, zapoczątkowany w ramach restrukturyzacji ochrony zdrowia, dynamiczny rozwój opieki długoterminowej. Transformacja odbyła się przez zamianę szpitalnych łóżek „ostrych” na długoterminowe. Niezbędne adaptacje i zakupy zostały sfinansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia przy wydatnej pomocy samorządów terytorialnych. Dodatkowe wsparcie zostało udzielone przyszłym pracownikom powstających zakładów w zakresie szkoleń przygotowujących do pracy w zmienionych warunkach. Wszystkie dane, mimo występujących w nich niezgodności, potwierdzają wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej. Wydaje się jednak, że jest on wolniejszy niż proces starzenia się społeczeństwa polskiego i mimo znacznego postępu do osiągnięcia planowanych wskaźników pozostała jeszcze daleka droga. Nadal stwierdza się ograniczony i nierówny dostęp do opieki długoterminowej, zwłaszcza w niektórych regionach. Dotyczy to szczególnie obszarów wiejskich. Wobec gwałtownego narastania potrzeb opiekuńczych starzejącego się społeczeństwa z jednej strony i wynikającego z sytuacji ekonomicznej państwa niedostatku środków na opiekę zdrowotną i socjalną z drugiej, istnieje pilna potrzeba realizowania kompleksowej polityki łączącej systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz obejmującej różnorodne formy opieki i ubezpieczeń zdrowotnych.

Wnioski

1. Od lat dziewięćdziesiątych do chwili obecnej nastąpił szybki rozwój różnych form opieki długoterminowej. Chociaż wskaźniki kierunkowe są dalekie do osiągnięcia, z roku na rok poprawia się osiągalność tej formy opieki przez osoby starsze.

2. Pracownicy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zwykle dysponują pełną informacją na temat form opieki długoterminowej, co pozwala im na właściwe kierowanie chorych do tego typu placówek.

3. Stopień poinformowania osób starszych na temat dostępnych form opieki długoterminowej stopniowo poprawia się, chociaż ich świadomość w tym zakresie nadal jest niewielka, będąc głównie rezultatem jednostkowych doświadczeń. Należy zaznaczyć, że prężny ruch opieki paliatywnej spowodował, że instytucja hospicjum jest zdecydowanie lepiej znana w społeczeństwie niż inne formy opieki długoterminowej.

4. Stopniowo wprowadzane są bariery finansowe (częściowa odpłatność za pobyt), administracyjne (skrócenie czasu pobytu w placówce) oraz kliniczne (zaostrożenie wskazań do przyjęcia), które ograniczają dostęp do tej formy opieki i wymuszają szybsze przenoszenie pacjentów do ich domów lub do domów pomocy społecznej.

5. Barierą w dostępie jest również długi czas oczekiwania na przyjęcie do placówki, który wobec stale rosnących potrzeb starzejącej się populacji nie ulega skróceniu.

Rekomendacje

1. Należy utrzymać tempo rozwoju opieki długoterminowej w celu osiągnięcia zakładanych wskaźników.

2. Trzeba rozwijać centra szkolenia kadr dla opieki długoterminowej (pielęgniarek, asystentów osób chorych i pracowników socjalnych).

3. Należy dostosować wskaźniki do rosnącej populacji osób starszych. Jak wykazano, parametry osiągalności świadczeń w przeliczeniu na tysiąc osób w wieku 65 lat i powyżej rosną wolniej, niż gdy są liczone dla populacji ogólnej.

4. Wobec rosnących kosztów opieki zdrowotnej i trudności w sfinansowaniu niezbędnej opieki należy rozważyć wprowadzenie obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego na poczet opieki długoterminowej.

5. Trzeba wdrożyć program poprawy jakości opieki w celu stworzenia pozytywnego wizerunku placówek opieki długoterminowej w społeczeństwie.

6. Należy podjąć działania zapobiegające przemieszczaniu osób przewlekle chorych z DPS do ZOL polegające na wzmocnieniu pozycji pielęgniarek w DPS dla przewlekle chorych i wprowadzeniu kontraktów dla lekarzy (rodzinnych i geriatrów) na kompleksową obsługę mieszkańców DPS. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien uzależnić wysokość wskaźnika kapitacyjnego¹¹ od stanu zdrowia mieszkańców DPS. Należy rozważyć wprowadzenie kontraktów dla lekarzy DPS, co jest praktykowane na przykład w Holandii.

7. Poprzez lepszy przepływ informacji należy podnieść świadomość – zarówno społeczeństwa, jak i pracowników sektora ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej na temat zasad funkcjonowania placówek opieki długoterminowej.

¹¹ Liczba, przez którą mnoży się ustaloną w kontrakcie kwotę na leczenie jednego pacjenta w ciągu roku.

